

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 3 août 1883, à 1 heure

Par JEAN-IARU IRESCO

Né à Turgowitz (Roumanie), le 15 janvier 1848.

DE L'INFLUENCE

DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

SUR LES OSTÉO-ARTHRITES

Président : M. VERNEUIL, professeur.

*Juges : MM. { STRAUS, professeur.
RÉMY, RECLUS, agrégés.*

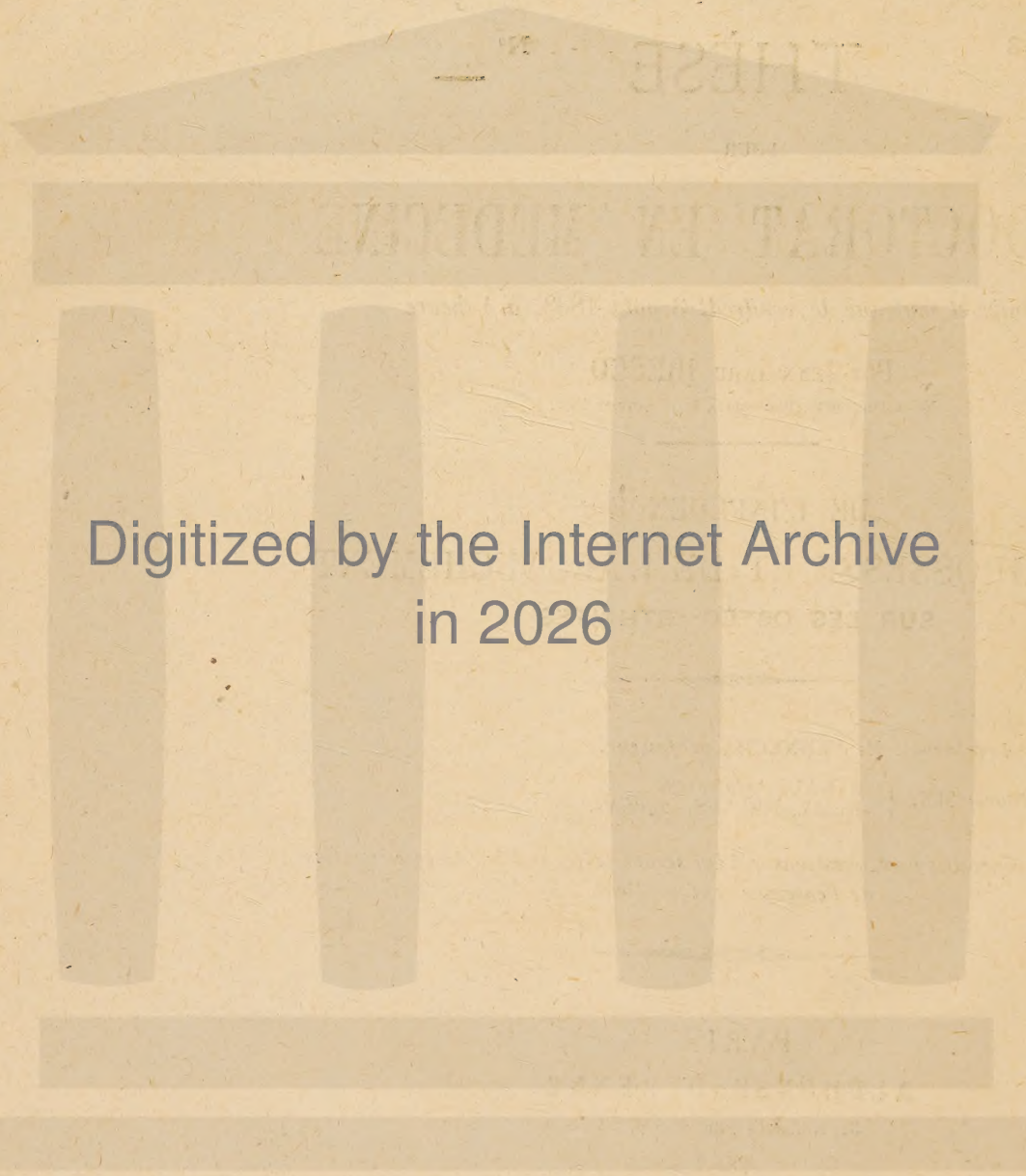
*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

ALPHONSE DÉRÉNNE

52, boulevard Saint-Michel, 52.

1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550203_0026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1883

THÈSE

N° 459

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 3 août 1883, à 1 heure

Par JEAN-IARU IRESCO

Né à Turgowitz (Roumanie), le 15 janvier 1848.

DE L'INFLUENCE

DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

SUR LES OSTÉO-ARTHRITES

Président : M. VERNEUIL, professeur.

Juges : MM. { STRAUS, professeur.
RÉMY, RECLUS, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ALPHONSE DERENNE

52, Boulevard Saint-Michel, 53

1883

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la légion d'honneur.

*Agréez, mon cher maître, ce trop faible témoignage de ma
vive reconnaissance pour vos savantes leçons.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT ROUMAIN
PRINCE DÉMÈTRE GRÉGOIRE GHICA

A M. J. C. BRATIANO

Ministre de la guerre et président du Conseil

A MM. LES MEMBRES DU CONSEIL MÉDICAL SUPÉRIEUR DE
L'ARMÉE ROUMAINE

A M. C. COSTESCO-COMANEANO

Député

Témoignage de gratitude et de vive estime.

A M. VICTOR HANOT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Merci pour votre bienveillance envers moi.

A MON AMI ET COLLÈGUE

M. LE DOCTEUR D. IOVITZ

— 6 —

DE L'INFLUENCE
DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT
SUR LES
OSTÉOARTHrites

INTRODUCTION

DIVISION DU SUJET

Pendant les années que nous avons fréquenté le service chirurgical de la Pitié, M. le professeur Verneuil a souvent attiré notre attention sur l'importance des états constitutionnels en chirurgie et sur le rapport de ces états avec les lésions traumatiques.

Maintes fois le savant professeur nous a montré l'importance des altérations viscérales, ou des troubles généraux, de la nutrition sur l'évolution des lésions chirurgicales. Dans ces derniers temps, notre attention a été dirigée sur les rapports entre certains états physiologiques comme la grossesse et les affections chroniques.

M. Verneuil avait déjà étudié l'influence réciproque de la grossesse sur le traumatisme; le professeur a étendu le cadre de ces considérations générales jusqu'aux affections chroniques.

C'est dans le cours d'une série de leçons sur la tuberculose en chirurgie que notre maître a signalé l'importance de la grossesse au point de vue étiologique. Par des exemples frappants, il nous a montré que la grossesse et l'accouchement avaient une place importante dans l'étiologie des ostéoarthrites. Il nous a fait sentir quelles déductions importantes on pourrait tirer de ces faits.

C'est à la suite d'une de ses conférences que nous avons prié M. le professeur Verneuil de bien vouloir nous laisser vulgariser ses idées et faire de ce sujet notre thèse inaugurale. Tout ce que l'on trouvera ici est puisé dans l'enseignement du savant professeur, qui n'a cessé, pendant tout le cours de nos études de nous guider de ses conseils, et nous a communiqué tous les documents de cette question. Tous les remerciements que nous lui adressons ici ne sont qu'une bien faible expression de notre profonde gratitude.

En présence d'un sujet aussi vaste et aussi important que l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur les ostéoarthrites, nous avons été un peu effrayé. Il nous eût fallu des années d'expérience et des observations extrêmement nombreuses pour mener à bien une telle question dans son ensemble. Nous ne possédons ni l'une ni l'autre de ces conditions ; aussi nos prétentions sont moins élevées, nous laissons à des chirurgiens plus autorisés le soin de discuter les grandes lois qui président à la pathologie générale. Pour nous, nous nous contenterons de renouveler un certain nombre de faits bien observés, dans lesquels il y a eu coïncidence de grossesse et d'ostéoarthrites et nous verrons quelles déductions nous pourrions en tirer.

Peut-être nous reprochera-t-on le peu de faits que nous

rapportons. Le reproche sera fondé sans doute, mais il s'adressera plus à ceux qui publient des observations incomplètes. Les observations de tumeurs blanches se comptent par milliers, il en est fort peu dans lesquelles l'étiologie soit indiquée, le plus souvent il n'en n'est même pas fait mention, ou on se contente de la mention banale (sans causes connues). Pour les ostéo-arthrites longues comme pour tant d'autres lésions chirurgicales, l'étiologie est le chapitre le plus pauvre.

Le plan que nous avons suivi dans ce travail est bien simple. Après quelques considérations générales sur la grossesse et l'accouchement, puis sur les ostéo-arthrites, nous aborderons la question de leurs rapports. Nous n'étudierons pas leurs rapports réciproques, mais l'influence seule des premiers sur les seconds.

Nous chercherons à montrer que cette influence existe, nous établirons ensuite comment elle peut se manifester, puis nous chercherons à établir quelques déductions pratiques et enfin nous citerons comme pièces justificatives nos observations.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Tout d'abord nous devons établir que ces actes physiologiques qui s'appellent la grossesse et l'accouchement placent les femmes qui les subissent dans un état spécial, qu'il existe là des perturbations de tout l'organisme qui doivent faciliter l'éclosion des diathèses latentes, ou réveiller celles qui paraissaient endormies.

De tout temps, les pathologistes ont bien étudié ces phénomènes organiques, ils ont été frappés de la généralisation de ces troubles.

Nous ne pouvons mieux faire que de céder la parole sur ce sujet à un maître en pareille matière, au professeur Stoltz (Dict. de méd. et chirur. pratique. art. grossesse).

Les changements si étonnants qui surviennent dans les organes de la génération et dans ceux qui les avoisinent ou qui sont en relation directe avec eux (les mamelles) par suite de l'imprégnation du germe et de son incubation dans l'utérus, en entraînent d'autres dans l'organisme entier de la femme, dont les uns sont considérés comme *mécaniques*, et les autres comme purement *sympathiques* ou *réflexes*. Comme il reste souvent des doutes sur la nature de ces changements fonctionnels, nous les exposerons, suivant un ordre physiologique, en commençant par ceux qui sont les plus constants.

Les voies digestives et leurs dépendances sont le plus souvent le théâtre de troubles amenés par la grossesse.

Toutes les femmes, à peu d'exceptions, éprouvent des malaises d'estomac et des bizarreries d'appétit au début de leur grossesse. Chez un assez grand nombre, ces malaises dégénèrent en contractions spasmodiques de l'estomac et du diaphragme (vomissements) qu'elles éprouvent le matin en se réveillant, alors que l'estomac est vide d'aliments, et plus rarement après le repas. Ces soulèvements spasmodiques de l'estomac durent et se renouvellent journellement d'ordinaire pendant le premier trimestre de la grossesse et cessent alors insensiblement. Assez souvent ils ne se manifestent que deux ou trois fois au début, à partir du moment de la première suppression des règles. L'appétit est peu développé pendant ce temps, ou il est bizarre, comme cela se voit chez les femmes chlorotiques.

Il n'est plus question que très exceptionnellement de goûts dépravés dont il est parlé beaucoup chez les anciens et auxquels on a donné le nom d'*envies*. Quelquefois les maux d'estomac sont remplacés par une salivation abondante continue, nauséuse, comme si elle avait été provoquée par l'usage des mercuriaux. La constipation accompagne assez fréquemment les vomissements matinaux; quelquefois il y a une diarrhée persistante qui peut être attribuée, soit à une salivation abdominale surabondante, soit à une irritation sympathique du gros intestin. Dire toutes les anomalies que les fonctions digestives peuvent présenter, serait entrer dans des détails fastidieux.

Il est facile de comprendre que l'irrégularité ou la dépravation des fonctions digestives doit amener une nutrition incomplète. Aussi la femme enceinte maigrit-elle dans les premiers mois de sa position nouvelle; elle prend

en même temps mauvaise mine, c'est-à-dire que ses traits se tirent, ses yeux se cernent, et le regard devient plus ou moins terne. Souvent son front se couvre de taches bistre qui peuvent s'étendre plus tard sur tout le visage, surtout sur les paupières, la racine du nez et les lèvres, ce qu'on appelle le *masque*. Le cou se gonfle. La femme devient paresseuse, mélancolique, endormie. Il se développe, en un mot, un état qui ressemble plus ou moins à la chloro-anémie, dont on a, dans ces derniers temps surtout, relevé, mais aussi exagéré l'importance pratique (Gazeaux). Après le troisième mois, ou au plus tard après que les mouvements du fœtus se sont fait sentir pour la première fois, les digestions redeviennent meilleures, l'appétit se développe et les symptômes fugitifs de chloro-anémie disparaissent. A partir de ce moment, il y a plutôt tendance à la formation d'une pléthore, résultat de nutrition active.

C'est alors, quand la grossesse est avancée jusqu'au troisième trimestre, que se déclarent ordinairement quelques phénomènes extraordinaires du côté du cœur, des poumons et du cerveau ; des battements cardiaques, tels que ceux qui accompagnent un certain degré d'hypertrophie de l'organe central de la circulation ; des oppressions de poitrine provenant d'une gêne de la circulation pulmonaire, des maux de tête ou des vertiges, indiquant une congestion plutôt passive qu'active de l'encéphale. Alors aussi les veines se gonflent, notamment celles de la face, du cou, puis celles des extrémités inférieures et supérieures, et il se déclare une bouffissure générale du corps qui fait souvent paraître les femmes plus grasses et plus âgées qu'elles ne le sont en réalité. Un engorgement analogue se

produit à l'intérieur par suite du ralentissement de la circulation veineuse et presque tous les organes parenchymateux, la rate, le foie, les reins, et surtout le tissu conjonctif sont congestionnés.

Mais la circulation du sang est influencée par l'état de grossesse dès son début. L'éréthisme, provoqué dans l'économie, donne lieu à une accélération de la circulation, à une espèce de fièvre, qui dure pendant toute la grossesse et qui est accompagnée d'une augmentation de la température du corps. Le nombre des pulsations par minute est généralement augmenté de 8 à 10, et la température d'un demi degré à un degré.

En même temps la composition du sang est notablement modifiée. Dans les premiers mois, l'état général de la femme ferait supposer une diminution des globules rouges, cependant, d'après les analyses quantitatives, cette diminution ne deviendrait sensible qu'à partir du sixième mois, mais il y aurait diminution de fibrine. A une époque plus avancée, la diminution des globules rouges et l'augmentation des globules blancs seraient frappantes, par contre il y aurait une grande augmentation de fibrine et de sérum; l'albumine varierait peu. C'est alors que le sang enlevé par la saignée présenterait cette croûte blanche appelée communément *inflammatoire*, et qui ne dénoterait que de la fibrine en excès. En même temps le caillot est ordinairement petit et pâle, par suite de la surabondance des globules blancs; la sérosité est souvent abondante et trouble (globules de graisse). La masse totale du sang augmente évidemment à la fin de la grossesse.

Nous nous bornons à donner ces détails généraux sur la

composition du sang des femmes enceintes, renvoyant pour les analyses exactes aux traités d'hématologie et aux mémoires spéciaux sur la composition du sang dans les différents états physiologiques et pathologiques.

La respiration offre peu de particularités dans les premiers mois de la gestation, quant à son mécanisme. D'après Andral et Gavarret, il s'exhale dans l'expiration, pendant toute la grossesse, une beaucoup plus grande quantité d'acide carbonique que dans l'état habituel, ce qui est en rapport avec l'accélération de la circulation et une combustion plus active. Vers la fin de la grossesse, la respiration devient souvent gênée, pénible, particulièrement chez les primipares. La femme a besoin de grand air, de fraîcheur. Ceci se voit beaucoup moins souvent chez les pluripares. Cette gêne de la respiration, jointe à l'excitation continue de la circulation, n'est-elle pas plutôt la cause principale de l'hypertrophie du cœur droit, que la *synergie du cœur avec l'utérus* qu'invoque Larcher ?

Les *sécrétions* sont modifiées en raison du changement de composition du sang ; cependant nos connaissances sont peu avancées sous ce rapport. La peau exhale-t-elle de l'acide carbonique ? La transpiration insensible est-elle augmentée et jusqu'à quel point ? Prend-elle une odeur particulière ?

Les opinions sont contradictoires. Quelques uns assurent que la sécrétion de la bile est diminuée, mais il n'y a pas de preuves convaincantes. La *sécrétion urinaire* est la seule sécrétion excrémentitielle qui ait été l'objet de remarques nombreuses et qui sont encore contradictoires. Depuis un temps immémorial, on a annoncé que l'urine des fem-

mes enceintes présente des caractères particuliers. Déjà en 1486, Savonarola a parlé des nuagés dans l'urine des femmes grosses. Nauche dit qu'en laissant reposer l'urine d'une femme enceinte (ou d'une nourrice) elle présente au bout de 30 à 48 heures un dépôt de matière blanche, grumeuse, molle, qui est formée par les matériaux du lait et qu'on a nommée *kyestéine*. D'après de plus récentes recherches, la *kyestéine* se présente sous l'aspect d'une *pellicule*, d'abord mince, opaline, crémeuse, d'autres disent *irisée*, qui s'épaissit de plus en plus, et dont la face externe est parsemée de petites granulations comme cristallines. On l'a comparée à la couche graisseuse qui surnage au bouillon de viande refroidie. Ses propriétés chimiques sont négatives. Simon a trouvé au microscope de nombreux vibrions et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Nous aurions passé ces détails sous silence comme trop peu importants, si on n'avait pas voulu faire jouer à la *kyestéine* un rôle diagnostique considérable. On a aussi découvert dans les urines des femmes enceintes de l'albumine et du glucose. »

Ajoutons que l'urée subit une augmentation notable pendant la grossesse.

« Comme produit de sécrétion anormale pendant la grossesse, on a encore signalé les ostéophytes de la boîte crânienne. Aujourd'hui on ne considère plus ces productions comme propres à la gestation (Rokitansky, Duclay), mais simplement comme un signe d'hypersécrétion, comme on pourrait en signaler beaucoup d'autres. Virchow assure avoir trouvé presque constamment des ostéophytes chez les phthisiques.

Il est incontestable que la nutrition générale du corps de la femme enceinte augmente à partir du quatrième mois, quand elle se trouve dans les conditions ordinaires de santé. Elle paraît être en souffrance au début de la grossesse où l'organisme est singulièrement excité et bouleversé par le travail qui s'opère dans la matrice ; mais quand l'œuf est bien fixé et commence à prendre un facile développement, lorsque les premières ébauches du nouvel être sont terminées, alors la nutrition du corps de la femme paraît devenir active. Dans ces derniers temps (1862), on a cherché à évaluer l'augmentation du poids du corps de la femme aux différentes phases de la grossesse. Un jeune accoucheur qui s'est livré à ces expériences, Gassner (*Monatschrift für Geburtsk.*, t. XIX, p. 9), a trouvé une augmentation de 2,600 grammes pendant le huitième mois, de 1,690 grammes pendant le neuvième mois, et de 1,540 grammes pendant le dixième mois. L'augmentation totale équivaldrait, suivant cet expérimentateur, au treizième du poids du corps.

Le système nerveux de la vie organique est diversement influencé par la grossesse. Dans les premiers mois particulièrement, alors que la nutrition languit, la femme est impressionnable, mélancolique. Rien ne prouve mieux l'action de la grossesse sur l'organe central de l'innervation que l'explosion possible de la manie, chez une femme qui, jusqu'alors ne semblait pas prédisposée à cette terrible maladie. Les organes des sens sont aussi facilement affectés pendant cet intermède de la vie féminine. L'héméralopie et la nyctalopie, la cécité même par suite de la paralysie du nerf optique (amaurose) ne sont pas très rares ; de

même la surdité, des anomalies du goût et de l'odorat, enfin de la sensibilité générale. Malheureusement ces impressions ne disparaissent pas toujours avec la grossesse, mais deviennent facilement des infirmités permanentes. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, l'occuliste Beer a vu une jeune israélite qui, dans trois grossesses successives était devenue amaurotique; les deux premières fois elle a recouvré la vue, mais à la suite de la troisième grossesse elle resta aveugle. Les phénomènes sympathiques observés du côté des voies digestives, et dans d'autres appareils de l'économie, peuvent être rapportés à un trouble de l'innervation du grand sympathique.

L'appareil locomoteur souffre par le poids considérable que la femme doit porter devant elle, dans les trois premiers mois surtout. Des symptômes paraplégiques et même la paralysie des extrémités inférieures se remarquent parfois chez les femmes enceintes arrivées près du terme, soit que cet affaiblissement musculaire soit le résultat d'une compression mécanique des plexus sacrés ou d'une congestion de la moelle, ou enfin un simple effet sympathique (réflexe).

Telles sont les modifications que l'état de grossesse introduit dans l'économie féminine. Leur nombre est considérable et en rapport avec l'importance de la fonction qui a pour but le développement intra-utérin du rejeton humain. Dès que celui-ci est arrivé à *maturité*, c'est-à-dire assez développé organiquement pour pouvoir vivre hors du sein maternel, ce qui arrive, ainsi que cela a été dit, à la fin du neuvième mois solaire ou du dixième lunaire, la matrice se prépare à l'éliminer. Alors commence

une autre fonction, conséquence naturelle de la gestation .
l'accouchement.

Voici d'autre part comment le professeur Verneuil parlait de la grossesse au point de vue chirurgical au Congrès de Genève, 1877 (Congrès international).

Examinons d'autre part le gravidisme :

S'il est impossible d'en faire un état morbide proprement dit, il faut au moins le considérer comme un état constitutionnel particulier, une phase de la vie, exceptionnelle et temporaire comme la puberté, la ménopause, pendant laquelle fluides et solides organiques] acquièrent des caractères et des propriétés d'un ordre spécial.

Localisé à son début, le processus gravidique s'étend bientôt à l'économie tout entière, modifiant le système vasculaire et la circulation, les sécrétions et leurs agents, la composition du sang et la nutrition ; fréquemment aussi portant le désordre dans le système nerveux, surtout dans le district du grand sympathique.

Pendant une longue série de mois les actes physiologiques concourent à l'accomplissement d'une fonction nouvelle ayant pour but de créer, de nourrir, d'accroître et enfin d'éliminer un néoplasme distinct, embryon, fœtus, enfant.

Tant que dure la gestation, il y a lieu d'admettre chez la femme enceinte une disposition pathogénique *distincte*, une diathèse véritable qui, à la façon de toutes les autres, peut à la vérité rester latente, inactive, stérile, mais qui souvent aussi, sous l'influence de causes déterminantes ou provocatrices variées, se démontrera par un ensemble de réactions morbides en quelque sorte spécifiques.

Les états morbides antérieurs ou intercurrents, constitutionnels ou localisés, auxquels la femme enceinte n'est point soustraite, exercent sur le processus gravidique une influence qui n'a pas besoin d'être démontrée ; elle sévit sur l'appareil gestateur ou sur le néoplasme fœtal par l'intermédiaire du sang ou par tout autre mécanisme ; elle se traduit communément par l'athrepsie ou la mort du fruit, et par son élimination prématurée ; ainsi agissent la syphilis, le saturnisme, le paludisme, la tuberculose, l'alcoolisme, les phlegmasies aiguës franches, les intoxications rapides, les maladies virulentes, les affections même locales des organes génitaux et des organes circonvoisins, les excès physiologiques, les ébranlements nerveux et jusqu'à l'excès de la fécondité (grossesses multiples) ; enfin la vitalité du néoplasme fœtal lui-même, jusqu'à un certain point indépendante, est compromise par les lésions intrinsèques de l'œuf et de ses annexes.

D'autre part, on constate l'influence au processus gravidique sur la marche des mêmes états morbides antérieurs ou intercurrents, constitutionnels ou circonscrits. Pour avoir été moins étudiée, cette réciprocité n'en est pas moins évidente et s'accuse différemment. Les états susdits sont parfois arrêtés dans leur marche comme par l'effet d'une révulsion puissante, de temps en temps guéris, le plus souvent aggravés ; certaines lésions très anciennes et qu'on pouvait croire finies reprennent les allures de l'acuité ; la force néoplastique se partage entre le produit de la conception et divers néoplasmes stationnaires ou à marche lente, qui deviennent le siège d'une active prolifération.

Telle est en abrégé l'esquisse du gravidisme, dont l'in-

terruption intempestive compromet gravement la double existence du produit et du producteur.

2° *De l'état puerpéral.* — Faut-il comprendre l'accouchement dans l'état puerpéral ? La grossesse et la puerpéralité sont connexes, dit-on, l'une est la suite inévitable de l'autre, et souvent les maladies de la puerpéralité ont eu leur point de départ et leur début même, dans la grossesse et surtout dans l'accouchement. Rien n'est plus vrai, mais à notre sens, ce n'est pas une raison pour confondre la puerpéralité, qui est un état, avec les fonctions qui en sont les précurseurs, et dont cet état n'est que la conséquence. Pour nous donc, l'état puerpéral est un état dans lequel se trouve une femme qui vient d'accoucher. Nous ne voyons aucune raison de détourner ce mot de son acception primitive, originelle, et de lui donner une extension qui pourrait faire naître la confusion.

On n'a qu'à se représenter la femme qui vient d'accoucher, toutes ses forces sont épuisées, contuse, déchirée : souvent, et d'un autre côté profondément émue, pour comprendre que sa position a changé du tout au tout ; qu'elle est entrée dans une nouvelle phase de son existence. De plus, elle y est entrée sans transition ; les changements organiques qui se sont opérés en elle l'ont placée dans une position toute nouvelle, très délicate et singulièrement disposée à des affections morbides qui ne se voient pas dans les autres phases de la vie.

A l'article des couches, nous avons fait connaître l'état physiologique de l'organisme pendant la puerpéralité. Cet état est principalement caractérisé par des phénomènes qui accompagnent le retour des organes qui étaient chargés de

l'incubation de l'œuf fécondé et de son expulsion hors du sein maternel, dans leur état de repos relatif, et du retour à l'état normal de toutes les fonctions qui avaient éprouvé des modifications plus ou moins profondes par le fait de la gestation. Mais il est d'autres changements caractérisant l'état puerpéral sur lesquels nous avons moins insisté, par exemple, l'état de la circulation.

Pendant la grossesse il s'était développé une phlébite sanguine, c'est-à-dire, une augmentation de la masse totale du sang, que l'on voit surtout prononcée dans les derniers mois de la gestation. La plénitude du pouls, les battements plus vifs du cœur, la distension du système veineux, etc., ne sont pas seulement l'effet d'une certaine gêne mécanique de la circulation, contre laquelle le cœur surtout doit réagir, mais un signe de l'augmentation de la masse sanguine elle-même. Cette quantité de sang est nécessaire pour alimenter les nombreux vaisseaux de l'appareil génital singulièrement dilatés, et nourrir et favoriser le développement du produit de la conception.

Mais, en même temps que la quantité du sang a augmenté, cette chair coulante a été modifiée profondément dans ses qualités. Les remarquables travaux d'Andral et de Gavarret, de Becquerel, de Robin, l'ont prouvé. Tous les éléments du sang s'appauvrissent, à l'exception du sérum et de la fibrine, qui augmentent notablement, la fibrine surtout. La proportion des globules rouges et des globules blancs est altérée en ce que ces derniers sont devenus plus nombreux, et les premiers moins abondants ; l'albumine est diminuée, probablement parce qu'il en est éliminé une quantité considérable pendant la grossesse ; il y

a surabondance de matières grasses et phosphorées ; enfin l'oxygénation du sang paraît moins forte.

Voilà que, en accouchant, la femme perd une quantité de sang relativement considérable. Cette perte de sang, qui dégénère même facilement en hémorrhagie, n'apporte-t-elle pas une modification sensible dans la composition du liquide, tout en faisant cesser la pléthore ? C'est ce qui n'est pas encore parfaitement établi, mais il est facile de concevoir qu'avant de reprendre sa composition normale, il se passera un certain temps. Le cœur et les vaisseaux sont tout à coup moins distendus, moins gênés dans leur action, mais aussi fatigués, comme l'est le corps entier après un effort long et soutenu, le pouls se ralentit à mesure que le calme se rétablit, les sécrétions normales sont activées, ainsi que *l'absorption*.

Combien faut-il de temps jusqu'à ce que l'équilibre soit réintroduit dans l'économie et que tous les appareils fonctionnent d'une manière normale ? C'est difficile à dire, mais ce qui est certain, c'est qu'il faut plus de huit jours. Or, c'est dans le premier septenaire de la puerpéralité, c'est pendant cette période de transition et de trouble que l'accouchée est le plus exposée à des maladies graves spéciales ; car leur explosion a le plus souvent lieu dans cette période, et, si l'on voit quelquefois des affections puerpérales se déclarer plus tard, c'est parce que le rétablissement de l'harmonie fonctionnelle s'est fait attendre plus longtemps. Le plus souvent on trouverait même, en analysant scrupuleusement ce qui s'est passé dans la première huitaine des couches, la raison de ce retard.

Il ne faut pas oublier non plus qu'une fonction nouvelle

entre en activité dès les premiers jours de la puerpéralité : la sécrétion laiteuse. Cette fonction, qui ne dure qu'autant qu'elle est entretenue par l'allaitement du nouveau-né, n'est pas sérieusement liée à l'existence de celui-ci, et ne joue pas le rôle qu'au siècle dernier on lui attribuait dans le développement des maladies puerpérales. Elle doit contribuer néanmoins à faire rentrer l'organisme dans l'état habituel de santé dont il était sorti pendant l'exercice des fonctions génératrices. Le fonctionnement régulier de la lactation est un indice sémiologique de la tendance de l'organisme à rentrer dans la voie normale, mais son dérangement n'a pas d'influence capitale sur la santé de la femme accouchée, car elle peut être supprimée sans grand inconvénient à toute époque, même lorsqu'elle est à peine établie.

Pendant l'état puerpéral la femme est exposée plus que dans toute autre condition de sa vie à des maladies graves, aiguës, à marche presque toujours rapide, et qui, lorsqu'elles ne se terminent pas par la mort, ont généralement une influence funeste sur sa santé future. Aussi peut-on considérer l'état puerpéral comme une véritable *diathèse transitoire*. Bouillaud, dans la discussion mémorable qui a eu lieu à l'*Académie de médecine de Paris* en 1858 sur la fièvre puerpérale, a appelé l'état puerpéral « un état *semi-pathologique, une prédisposition morbide*. »

De l'ostéo-arthrite.

Nous entendons sous ce nom, les inflammations des os et des articulations.

Ces lésions peuvent se montrer sous des influences diverses : la scrofule, le rhumatisme, la syphilis en sont les causes principales.

Suivant leur origine, elles affectent une symptomatologie et une marche différente. M. Bouilly dans sa thèse d'agrégation de 1878 a fait une étude complète de ces lésions articulaires et de leur comparaison. L'ostéo-arthrite scrofuleuse se manifeste le plus souvent sous forme de tumeurs blanches communes.

L'ostéo-arthrite rhumatismale peut affecter des formes bien différentes, suivant les cas. Ces formes sont décrites dans tous les auteurs classiques, nous n'y insisterons pas.

Quant à l'ostéo-arthrite syphilitique, elle a été dans ces temps derniers, le sujet de plusieurs thèses récentes.

Méricamp (des ostéo-arthrites syphilitiques, Paris 1882).

Defontaine (idem 1882). Nous renvoyons à ces ouvrages pour leur étude.

En dehors de ces causes générales, nous trouvons notés dans les auteurs, les traumatismes et l'influence du froid.

Mais une cause prédisposante qui nous semble digne d'intérêt et qui est relativement moins connue que les précédentes, est la débilitation de l'économie, qu'elle qu'en soit la cause.

Influence de la grossesse sur les affections chroniques des os.

1° Existe-t-elle ?

D'après ce que nous venons d'exposer, il nous semble

certain que de pareilles perturbations de l'organisme, doivent influencer tous les états morbides antécédents.

Pour donner plus de clarté à ce chapitre, examinons successivement la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral.

La grossesse modifie l'économie tout entière, les fonctions de nutrition comme les fonctions de relation sont altérées ; le fluide sanguin lui-même présente des variations de composition. Comment de pareils troubles ne réagiraient-ils pas sur des affections tuberculeuses ? Affections dont la marche et l'évolution sont avant tout sous la dépendance de l'état général. En somme à quoi aboutissent toutes ces métamorphoses qui se passent dans l'organisme pendant la gestation ? A une déperdition considérable de matériaux nutritifs. La mère doit alors suffire à deux êtres, il nous semble que c'est là une cause suffisante de débilitation. Est-ce que cet état de débilitation ne s'affirme pas par l'amaigrissement et le facies de la femme enceinte. Est-ce qu'il ne nous est pas démontré que la tuberculose pulmonaire est singulièrement aggravée par une grossesse intercurrente. Comment refuser la même influence à une tuberculose locale ? Que trouvons-nous dans l'étiologie de l'arthrite fongueuse ? La débilitation, la misère physiologique, comment ne pas admettre l'influence d'une fonction aussi débilitante que la grossesse ? Sans doute cette grossesse à elle seule ne fera pas naître de toutes pièces une ostéo-arthrite, il faut évidemment une prédisposition, et comme dit M. le professeur Verneuil, plusieurs facteurs qui agissent. La grande diathèse strumeuse est là, mais la grossesse peut bien y prendre sa part. *A priori* cette in-

fluence nous paraît donc indéniable. La lecture de nos observations nous paraît démontrer le fait.

S'il en est ainsi de la grossesse, en est-il de même de l'accouchement ? Ici la question est complexe, il y a deux facteurs à considérer :

1° Le fait mécanique.

2° L'état général qui l'accompagne.

Le fait mécanique est constitué, comme nous l'avons vu par le relâchement des symphyses et l'évacuation de l'utérus. Le premier fait doit d'abord nous occuper. Nous avons décrit par quels processus ces symphyses pouvaient s'écarter, quel travail physiologique très important se faisait du côté de ces articulations. Cette suractivité fonctionnelle à elle seule, peut-elle être une cause d'appel pour une ostéo-arthrite, et *suivant l'expression pittoresque de M. Verneuil, le génie de la strume qui plane sur une nouvelle accouchée*, trouvera-t-il là une condition favorable au développement de ses manifestations et viendra-t-il s'abattre en ce point. En un mot peut-il se faire dans ce cas un rappel de diathèse ? Les faits que nous citons plus loin tendent à le prouver.

Le second phénomène mécanique de l'accouchement sur lequel nous désirons insister, c'est l'évacuation de l'utérus et les actes qui l'accompagnent.

Nous pouvons assimiler ces faits à ceux d'un trauma, et d'un trauma violent, capable d'ébranler tout l'organisme ; capable en tout cas de débilitier considérablement la femme chez laquelle il se passe. Les efforts de l'accouchement, l'hémorrhagie qui accompagne la délivrance sont autant de faits qui agissent dans ce sens. Sans doute l'hydrémie qui

accompagne les dernières périodes de la grossesse a une importance, et la quantité réelle de sang perdue par la malade n'est pas aussi considérable qu'on pourrait le croire. Cependant la déperdition de l'organisme est incontestable dans ces cas. Là encore nous trouvons donc une cause de débilitation, et nous pourrions faire le même raisonnement que tout à l'heure, et nous demander pourquoi ces causes de débilitation n'auraient pas une influence tout aussi grande sur la marche des ostéoarthrites que les autres causes classiques.

Mais voyons d'abord l'influence de notre troisième stade, *l'état puerpéral*.

Les détails dans lesquels nous sommes entré précédemment, nous dispensent de tout commentaire sur cet état. Il est constitué par le retour de l'organisme à son état normal, par *l'involution* des organes qui s'étaient hypertrophiés précédemment. Là encore l'économie doit faire les frais du travail *réparateur*. En même temps survient la lactation, et c'est là une des fonctions les plus débilitantes de la femme. Le lait est extrêmement riche en principes immédiats, pour parfaire cette sécrétion la dépense de l'organisme est donc considérable.

On comprend donc que ces différents phénomènes soient une cause puissante de débilitation pour l'organisme, et par conséquent une cause d'évolution rapide et fatale de la tuberculose, quel qu'en soit le siège.

Si donc nous voulons jeter un regard en arrière sur ces différents phénomènes qui accompagnent la grossesse et l'accouchement, nous voyons que tous concourent à la débilitation de l'organisme, or cette débilitation est regar-

dée par tous les auteurs comme une condition favorable au développement ou à l'évolution *des ostéo-arthrites*, nous pouvons conclure que ces deux actes physiologiques ont une influence sur les ostéo-arthrites. Reste à déterminer :

II. — *Quelle influence la grossesse et l'accouchement exercent-ils sur les ostéoarthrites et dans quelle forme se manifeste cette influence ?*

Lorsque deux états physiologiques ou pathologiques sont en présence, il faut examiner comment ils réagissent l'un sur l'autre. Cette réaction peut avoir lieu de quatre façons distinctes, dit M. Verneuil :

- L'influence peut être nulle ;
- La première peut réagir sur la seconde ;
- La seconde réagir sur la première ;
- Enfin, l'influence peut être réciproque.

Dans le cas présent, nous n'étudions qu'un de ces chapitres, l'influence de l'état physiologique : la grossesse et ses conséquences sur l'état pathologique, l'*ostéo-arthrite*.

Cette influence pourrait être :

- 1° Nulle ;
- 2° Favorable ;
- 3° Funeste.

Disons de suite que dans aucun cas nous n'avons pu trouver l'action favorable de la gestation. Il est impossible, *a priori*, qu'une fonction physiologique, dont la débilitation organique est une conséquence fatale, soit favorable à un processus morbide, tel que la tuberculose.

Partout où la diathèse trouve une cause d'affaiblissement, elle trouve une cause adjuvante. Tous les organismes

débilités lui constituent un terrain favorable. Le simple raisonnement fait donc justice de cette influence ;

2° Une femme devient enceinte, elle est strumeuse, elle a eu autrefois une *tumeur blanche*, l'affection va-t-elle fatalement s'aggraver ? Nous ne pouvons répondre à cette question d'une façon catégorique. On trouvera plus loin la relation de l'histoire d'une femme atteinte d'une vieille tumeur blanche ankylosée ; cette femme a bravement supporté sa première couche et c'est seulement son second accouchement qui a rappelé les accidents. Il semble donc que l'influence de l'accouchement puisse être nulle dans certains cas ;

3° Quant à l'influence défavorable, elle nous paraît indiscutable.

Le simple raisonnement nous a conduit à cette conclusion, les faits nous en démontreront la réalité.

Dans toutes les observations que nous avons pu rassembler, l'ostéo-arthrite a été aggravée par la grossesse. Mais cette influence funeste s'accuse bien différemment suivant l'état où se trouve la malade au moment de l'accouchement, suivant l'état de l'ostéo-arthrite à ce moment ; enfin, suivant qu'il y a eu ou non allaitement.

Comment se manifeste cette influence défavorable ?

Pour bien étudier cette question, il est nécessaire de faire un certain nombre de chapitres distincts.

Deux catégories de faits doivent être distinguées, suivant le siège de la lésion.

D'une part, la grossesse peut agir mécaniquement sur les articulations malades, c'est le cas des symphyses pubiennes et sacro-iliaques ; ou bien elle peut agir à distance par l'intermédiaire de l'état général, par conséquent nous devons distinguer :

1° Les ostéo-arthrites des os du bassin.

2° Les ostéo-arthrites du reste du corps.

Pour mener à bien cette étude, il est également nécessaire de distinguer trois cas différents, suivant la période à laquelle se trouve l'*ostéo-arthrite* au moment de la grossesse.

A ce point de vue, nous pouvons faire trois catégories :

1° La malade enceinte n'a pas encore eu d'ostéo-arthrite.

2° La malade est sous le coup d'une ostéo-arthrite en évolution.

3° La malade a eu autrefois une ostéo-arthrite qui est maintenant guérie.

Ayant ainsi bien distingué chaque groupe de faits suivant le siège et la lésion antécédente, voyons un peu, les faits sous les yeux, comment vont réagir ces deux états, grossesse et tuberculose dans chaque groupe.

Le premier chapitre *a trait* aux ostéo-arthrites du bassin. Dans ce cas, si nous voulons nous reporter à ce que nous avons dit plus haut de l'accouchement, l'influence est double, nous avons :

1° Une altération locale articulaire.

2° La grossesse.

Aussi est-ce dans ces cas que l'influence est plus nette. Dans la seule thèse de M. Delens (sacro-coxalgie, Paris, 1872), nous avons trouvé trois observations de sacro-coxalgie à la suite d'accouchement, chez les femmes qui n'avaient

pas encore eu de tumeur blanche. Il faut donc faire une catégorie spéciale de ces faits dans lesquels la lésion locale est préparée par le relâchement des symphyses. Ces articulations constituent alors le *locus minoris resistentiæ*, la diathèse les frappe. C'est l'évolution classique.

Voici ce qu'en dit M. Delens (thèse d'agrégation 1872, 41). De tous les états généraux, celui qui le plus souvent a donné lieu au développement de la sacrocoxalgie, c'est l'état puerpéral. *De la Malle* (Académie de chirurgie 1766) en avait cité un exemple ; Velpeau réunissait trois cas dans son mémoire des Archives (1824) qui paraissent tout d'abord se rapporter à notre sujet, mais ce sont là des exemples d'affection mélastatique de l'articulation sacro-iliaque et nous ne pouvons en tenir compte qu'à titre de renseignements.

Ces cas éliminés, il n'en reste pas moins établi que la sacro-coxalgie se développe assez souvent chez les femmes à la suite d'un accouchement.

Joyeux et Bach de Strasbourg cité par *Boissarie*, en ont rapporté des exemples et l'observation de la malade de Joyeux est intéressante à plus d'un titre. Elle nous montre une femme qui à la suite de son sixième accouchement eut une sacro-coxalgie des plus graves, suivie de suppuration et de l'élimination des séquestres.

M. Panas nous dit en avoir vu un cas, dont la durée a été fort longue chez une dame de sa clientèle.

C'est à la suite d'un accouchement que la malade du service de M. Duplay a été atteinte d'une sacro-coxalgie double et de plusieurs arthrites.

Cette influence de l'état puerpéral s'explique par les

modifications survenues vers la fin de la grossesse dans les articulations du bassin et par la tendance marquée aux suppurations après l'accouchement, quelquefois enfin au moment de l'expulsion du fœtus. Il y a une action traumatique véritable exercée sur l'articulation sacro-iliaque à laquelle l'application du forceps n'est peut-être pas étrangère.

2° Pour les ostéo-arthrites des membres, c'est à la débilitation générale produite par la grossesse qu'il faut s'adresser pour expliquer le mode de réaction de la lésion locale. Tout d'abord, la malade est vierge de toute manifestation tuberculeuse articulaire. Une grossesse pourra-t-elle créer de toute *pièce* une ostéo-arthrite ? — Non, sans doute, si la malade ne possède pas en elle-même le germe de la tuberculose ; mais, s'il s'agit d'une femme qui a eu maille à partir dans son enfance avec la scrofule, si elle est issue des parents tuberculeux et porte en quelque point des stigmates de la strume, la grossesse créera une opportunité morbide, une tumeur blanche pourra se manifester ; nous en rapportons plusieurs observations dans notre chapitre II.

Elles sont presque toutes calquées les unes sur les autres.

1° Une femme jeune, strumeuse dans son enfance, est guérie de quelque tuberculose locale, depuis longtemps. Elle se marie, devient enceinte, une tumeur blanche se développe pendant la grossesse ou quelque temps après l'accouchement, puis la lésion créée, l'évolution suit sa marche fatale.

2° La malade est sous le coup d'une ostéo-arthrite en évolution au moment de sa grossesse.

Nous n'avons malheureusement pas pu trouver des faits pour remplir ce cadre, aussi nous garderons-nous bien de tirer quelque conclusion.

Nous pensons cependant être persuadé, *à priori*, de l'aggravation de la lésion locale dans ces cas.

Notre troisième chapitre est mieux rempli.

3° La malade a eu autrefois une ostéo-arthrite qui est guérie au moment de la grossesse.

Dans tous les cas que nous rapportons l'influence a été très nette. La diathèse a été réveillée, la lésion locale a réparé. Dans tous ces cas, la gestation a manifesté son influence à bref délai. C'est pendant la grossesse, quelques jours ou quelques semaines après l'accouchement que l'affection s'est manifestée, les faits sont trop précis pour qu'on ne puisse voir là autre chose qu'une simple coïncidence.

Là, encore toutes les observations sont calquées sur le même type. Une femme est atteinte dans son enfance d'une coxalgie, l'immobilisation prolongée en a fait justice, la maladie s'est terminée par ankylose. Depuis plusieurs années l'articulation est absolument indolente, cette femme devient grosse, la hanche redevient douloureuse, la malade accouche, les phénomènes aigus se manifestent dans l'articulation ankylosée. Bien que nous ne voulions pas interpréter tous ces faits et les expliquer, il nous semblerait plausible d'admettre dans ces cas, le réveil de la diathèse tuberculeuse sous l'influence de la grossesse et la détermination de cette diathèse sur le point faible de l'économie : le *locus minoris resistentiæ*.

Ces faits étant établis, peut-être pourrions-nous en tirer quelques déductions pratiques ; nous ne nous hasarderions pas dans ce chapitre si nous n'en avions recueilli le principe dans une leçon de M. le professeur Verneuil.

Quand on se trouve en présence d'une jeune fille atteinte autrefois d'une ostéo-arthrite, et quand le foyer pathologique est éteint depuis longtemps, peut-être devrait-on avertir la famille des inconvénients du mariage et des dangers d'une grossesse pour cette jeune femme. Sans doute, il y a des cas où la lésion n'est pas influencée par la grossesse, mais il y en a tant d'autres où des catastrophes ont suivi l'accouchement qu'il y a là un point de déontologie médicale qui mérite quelque intérêt. Toutefois c'est là une question délicate que nous ne faisons qu'effleurer, laissant à nos maîtres plus autorisés, le soin de la développer. Pour nous, nous voulons tirer une seule conclusion de tous ces faits : c'est l'action aggravante de la grossesse et de l'accouchement dans tous les cas où nous avons trouvé la coïncidence de ces deux états.

CONCLUSIONS

La grossesse et l'accouchement exercent une influence sur le développement et l'évolution des ostéo-arthrites.

Cette influence est toujours défavorable.

Elle n'a lieu que chez les individus prédisposés.

La grossesse peut à elle seule déterminer des ostéo arthrites chez des femmes qui n'en portaient aucune trace avant leur gestation.

Elle peut également rappeler à l'activité des ostéo-arthrites guéries depuis longtemps.

Lorsque la grossesse détermine des ostéo-arthrites, c'est le plus souvent au niveau de la symphyse sacro-iliaque qu'elles siègent. Toutefois toutes les autres articulations peuvent être le siège de ces lésions.

Si elle rallume des foyers articulaires éteints depuis longtemps, les accidents peuvent devenir aussi graves qu'au début, et entraîner des complications fatales.

Le mécanisme par lequel se produisent ces arthrites est différent suivant leur siège.

Lorsque l'affection se localise au niveau des symphyses sacro-iliaques, on peut dire que le relâchement de ces symphyses pendant la grossesse constitue en ces points un lieu de moindre résistance. Il en est autrement quand ce sont les autres articulations qui sont atteintes, c'est alors la seule débilitation provoquée par la grossesse et l'accouchement qu'il faut invoquer pour expliquer ces accidents.

OBSERVATION I

Après l'accouchement (*Bulletin de la Soc. de chir.*, 18 mars 1857).
(Thèse de Delens, agrégation, 1872, page 89).

M. Morel Lavalée présente une pièce de sacro-coxalgie, recueillie sur une femme après l'accouchement. Les signes furent une douleur à la hanche et beaucoup des signes de la coxalgie.

Malheureusement l'observation n'a pas été communiquée à cette Société, et nous n'avons pu trouver plus de détails sur cette malade.

OBSERVATION II

Sacro-coxalgie suppurée consécutive à l'accouchement; issue de séquestre (observation empruntée à la thèse de Joyeux, Strasbourg 1842). Résumé.

Marguerite Rudolph accoucha pour la deuxième fois à l'hôpital de Strasbourg d'un enfant mort-né qu'on dut extraire par le forceps. A la première manœuvre un craquement fut entendu par l'accoucheur. La femme accusa une vive douleur dans la hanche gauche. Un gonflement se manifesta bientôt vers la symphyse sacro-iliaque de ce côté. La marche ne devint possible qu'après deux mois.

En 1829, deux ans après, la même femme accoucha pour la troisième fois.

En 1831, quatrième accouchement, après l'administration de trente grains de seigle ergoté; nouvelles douleurs dans la hanche gauche, en arrière. Tumeur prenant un rapide accroissement. Le décubitus de ce côté était impossible. La cuisse était fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse.

Après deux mois pendant lesquels la malade resta dans cet état, une grande quantité de pus s'écoula par le rectum et il y eut un soulagement marqué. La malade put étendre la jambe; la tumeur disparut. L'écoulement dura quatre mois, puis cessa. La malade put quitter l'hôpital.

En 1832, nouvelle grossesse accompagnée de douleurs dans la symphyse gauche.

En 1833, sixième accouchement. — Dès le cinquième mois la malade avait souffert dans la région malade précédemment et avait dû entrer à l'hôpital. L'accouchement fut spontané et naturel.

Le troisième jour, la douleur de la région iliaque reparait sous forme d'élancements; la tuméfaction revient et augmente peu à peu; elle s'accompagne de fièvre.

Le vingt-troisième jour, la tumeur est fluctuante; le vingt-quatrième la femme rend par l'anus des matières grumeleuses purulentes; la fièvre augmente encore.

Le quarantième jour, l'écoulement diminue, mais le cinquantième une grande évacuation de pus vide presque la tumeur; celle-ci se remplit de nouveau, puis se vide et, cela plusieurs fois de suite.

Au début du troisième mois la sensibilité est presque abolie dans la jambe gauche; de plus la malade traîne cette jambe. La hanche est manifestement plus haute de ce côté. Dans la marche, il semble à la malade qu'elle sent un frottement, un glissement au niveau de l'articulation atteinte.

L'abcès se remplit de nouveau et prend de grandes proportions.

Le centième jour, la malade rend *un fragment osseux par l'anus*, au milieu du pus. Elle est prise de convulsions et tombe en syncope.

Trois jours après, sortie d'une nouvelle pièce osseuse.

Le 15 avril. — Nouveau fragment.

Depuis lors, plus d'esquilles; le pus devient rare, brunâtre, très fétide, l'abcès reprend ses proportions primitives pour les perdre de nouveau. Les douleurs sont toujours très vives. Le malade quitte l'hôpital dans un état désespéré.

OBSERVATION III

Sacro-coxalgie double, consécutive à un accouchement ; affections articulaires multiples (observation recueillie par M. P. Berger, interne du service de M. le Doct. S. Duplay).

Mathilde Gaveau, âgée de 25 ans, entrée le 4 juin 1872, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, n° 30.

Atteinte dans la première enfance de scrofulides du cuir chevelu, elle n'a fait aucune maladie. Les règles s'établissent à 15 ans, sans difficultés, elles ne donnèrent jamais lieu à aucun trouble, mais de 16 à 19 ans, la malade fut atteinte d'une chlorose qui nécessita l'administration des ferrugineux.

Elle accoucha neuf mois et demi après son mariage d'un enfant à terme, mort. Les couches avaient, du reste, été faciles. Dix-huit mois après, elle eut un second enfant ; les couches furent faciles, mais la malade prit froid et eut une indisposition de quelque durée, puis sa santé se rétablit jusqu'à sa troisième couche qui eut lieu treize mois après.

Les couches furent difficiles et longues.

Déjà dans les derniers temps de la grossesse elle avait de la difficulté à marcher, avec des douleurs iliaques assez vives à la pression. Elle resta dix à douze jours au lit, et, quand elle se leva, elle remarqua une difficulté plus grande encore de la marche qui était incertaine et titubante.

Il faut ajouter que la malade est *charcutière* et forcée de rester debout presque toute la journée. Elle parle aussi d'une chute sur le siège, pendant sa première grossesse, chute qui aurait été suivie d'une incontinence d'urine qui dura jusqu'à la fin de la grossesse.

Pendant les premiers mois qui suivirent, la malade put encore marcher quoique avec difficulté. Elle resta ainsi dix-huit mois, en septembre dernier, elle fut forcée de garder définitivement le lit.

Dès le mois de mai 1871, elle avait ressenti des douleurs vives

dans la fesse gauche, surtout pendant la marche et un peu à la pression. Ces douleurs gagnèrent, depuis, du côté du coccyx et de là s'irradièrent du côté de l'aîne.

L'hiver dernier, elle eut d'autres douleurs dans les genoux, dans les chevilles et dans les mains.

Du reste, l'état général est bon ; il n'y a aucun signe de tuberculisation pulmonaire ; on remarque seulement un certain degré de déplacement de l'utérus.

État actuel. — La malade a été mise, dès le 8 juin, dans une gouttière de Bonnet. Elle se présente dans l'état suivant :

Du côté du bassin, on ne peut noter aucun signe physique, sauf peut-être un peu d'élévation de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. De même la distance des épines iliaques aux malléoles paraît la même.

Les épines iliaques paraissent un peu plus rapprochées qu'à l'état normal du rebord des côtes. Comme signes fonctionnels : impossibilité des mouvements de torsion du tronc, le bassin étant fixé ; la rotation du tronc vers la droite est surtout fort douloureuse. Il est impossible à la malade de s'asseoir sans réveiller aussitôt une douleur des plus vives dans la région sacrée gauche.

Celle-ci est douloureuse à la pression, surtout vers l'épine iliaque postérieure et supérieure. Il y a peut-être un peu de tuméfaction, mais tous les signes physiques tirés de l'examen de la région fessière sont nuls et sans valeur à cause de la longueur du séjour au lit qui a amené une déformation de la région fessière, de l'œdème, de la rougeur, de l'empâtement, en même temps qu'un aplatissement dû au décubitus.

La douleur spontanée est vive, surtout vers le pli de l'aîne ; c'est à cette région que la malade rapporte la plus grande partie de ses souffrances qui s'exaspèrent à la toux et dans les efforts.

Quant aux pressions, celles qui ont pour but de rapprocher ou d'écarter les épines iliaques, sont douloureuses et répondent surtout à gauche, et un peu à droite. C'est toujours le pli de l'aîne, puis la

fosse iliaque interne, la crête iliaque et la ligne qui joint l'épine iliaque postérieure et supérieure au coccyx qui en sont le siège.

La colonne vertébrale est douloureuse aussi, mais moins depuis quelques jours. La pression sur les apophyses épineuses, à partir de la sixième dorsale est douloureuse ; la souffrance se manifeste d'autant plus qu'on se rapproche de la cinquième lombaire, ce qui peut faire reporter la douleur à une transmission au mouvement jusqu'à l'articulation sacro-iliaque.

Pas de déviation vertébrale. La malade paraît enfoncée dans son bassin. Elle dit elle-même que dans les derniers temps où elle marchait on lui faisait observer qu'elle était affaissée et que *sa taille diminuait*. Cet effet est surtout sensible quand elle est assise.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le professeur Verneuil.

Antécédents scrofuleux. Mariage et accouchement. Mal de Pott.

Tuberculisation pulmonaire.

M^{me} de W..., âgée de 23 ans, grande, frêle, un peu pâle, est issue d'un père goutteux et d'une mère hypochondriaque. Elle n'a pas été malade gravement pendant son enfance et sa jeunesse, mais on peut conclure des renseignements pleins de réticence de ses parents, qu'elle a présenté au moins des signes de lymphatisme.

En octobre 1880 M^{me} de W... glisse au bas d'un escalier, elle se retient de la main gauche à la rampe, ne tombe pas, mais éprouve une vive douleur au bas de la colonne vertébrale. Au bout de deux ou trois jours cet accident est oublié.

En décembre, M^{me} de W... se marie et quitte le nord de la France pour aller faire un voyage de nocce en Italie, les fatigues du voyage et du mariage réveillèrent des douleurs continues et assez vives dans les reins, aussi est-on obligé de s'arrêter à Nice.

Une grossesse se déclare au printemps suivant, le repos qu'elle ins-

pire calme les douleurs qui ne reparaissent plus qu'à de rares intervalles.

L'accouchement a lieu à terme, le 22 janvier 1882, mais il est long et en raison de l'inertie de l'utérus, ou l'active avec le forceps. M^{me} de W..., garde le repos pendant huit jours au lit et pendant six semaines sur une chaise longue.

Le rétablissement est complet, la santé paraît excellente, mais la reprise de la marche et de la station font bientôt récidiver les douleurs des reins ; de plus on constate une claudication assez marquée à gauche avec limitation des mouvements, déviation du membre, raccourcissement apparent par flexion de la cuisse sur le bassin.

On diagnostique une coxalgie et on condamne la patiente à un repos assez rigoureux, les souffrances diminuent, mais l'incapacité fonctionnelle reste la même. Tout le printemps de l'année 1882 se passe ainsi.

Un médecin de Paris, après un examen un peu superficiel, conseille l'usage d'une gouttière de Bonnet qu'on fait venir de Paris, mais dans laquelle la jeune malade, refuse d'abord d'entrer.

Je suis appelé en août 1882, 22 mois après l'accident primitif et un peu plus de six mois après l'accouchement ; je trouve le membre inférieur gauche dans l'attitude de la coxalgie, mais en plaçant la main dans la fosse iliaque interne, je découvre une énorme collection fluctuante ; aussitôt je soupçonne un mal de Pott et je trouve en effet au niveau de l'apophyse épineuse de la troisième vertèbre lombaire, une gibbosité manifeste. La pression est douloureuse en ce point qui répond précisément au point où a paru la première douleur lors de l'entorse rachidienne.

L'état général est peu satisfaisant, M^{me} W... se lève à peine quelques heures par jour, elle souffre au moindre mouvement, marche avec peine pendant quelques minutes le corps courbé en deux, l'appétit est presque nul et l'amaigrissement très appréciable, sueurs abondantes dans l'après-midi, diminution de force, grand état de faiblesse.

L'enfant est en bel état.

Je place moi-même la malade dans la gouttière de Bonnet, je pres-

cris l'exposition au grand air sous une tente plusieurs heures par jour, puis le phosphate de chaux, l'iodure de fer, le quinquina, le régime fortifiant, etc.. je n'ausculte pas la poitrine parce que la malade a grand peur qu'on y trouve quelque chose. Je charge le médecin ordinaire de faire cette exploration, du reste, à cette époque, la toux faisait tout à fait défaut.

L'immobilisation dans la gouttière quoique très imparfaite, amène une légère amélioration qui convertit la patiente, en revanche un jour pendant la période de sang, une fenêtre étant restée ouverte M^{me} de W... *s'enrhume par la gorge*, dit-elle, il en résulte une petite toux sèche assez fréquente et assez incommode.

L'auscultation fait constater une diminution du bruit respiratoire au sommet du poumon droit, il est bien probable qu'il se fait là une poussée tuberculeuse.

Je conseille par correspondance de faire tous les préparatifs nécessaires pour passer l'hiver dans le midi. A son passage à Paris en septembre, j'examine la patiente : les douleurs sont moindres, l'abcès n'a pas grossi, la gibbosité est plutôt un peu plus saillante, je remplace la gouttière de Bonnet qui laissait trop de mobilité par la cuirasse de Mathieu qui s'applique très exactement et soulage presque instantanément.

M^{me} de W... part pour Menton, où elle passe tout l'hiver, elle se tient scrupuleusement au repos jusqu'au jour où elle commence à faire quelques pas. Les douleurs cessent. La toux disparaît. L'embonpoint et la fraîcheur reviennent. Un médecin distingué de la localité surveillait l'abcès. Un jour, après une douleur vive dans le ventre, la collection de la fosse iliaque disparaît. Je n'ai pu savoir si elle s'était vidée dans une des cavités muqueuses voisines.

En avril, j'ai revu M^{me} de W... qui était dans un état de santé très satisfaisant en apparence, plus d'abcès, plus de douleurs lombaires, gibbosité à peine apparente.

La position assise ne cause aucune fatigue et la marche est possible pendant un quart d'heure et plus même, sans amener de malaise.

La cuirasse est portée très régulièrement, la nuit comme le jour, la

patiente n'ose pas la supprimer et je l'encourage à la garder longtemps encore.

Comme ombre à ce tableau, il y a toujours un peu de toux et les phénomènes stéthoscopiques sont loin d'être rassurants au sommet du poumon droit. La diminution du bruit respiratoire et de la sonorité à la percussion, quelques craquements humides et la persistance de la sueur ne laissent point de doute sur l'existence d'une tuberculisation peu avancée des sommets surtout à droite.

En résumé. — Voici une jeune femme strumeuse qui ne présentait pas d'accidents graves jusqu'à son mariage. Elle devient grosse, des signes précurseurs d'une affection vertébrale se manifestent ; elle accouche, les symptômes prennent l'état aigu et la série des complications thoraciques se manifeste.

OBSERVATION V

Communiquée par M. Tuffier, interne des hôpitaux. Service de M. le professeur Verneuil. Coxalgie dans l'enfance, guérie par ankylose. Poussée aiguë sous l'influence d'un accouchement.

X..., âgée de 24 ans.

Père et mère bien portants, pas de strume. Quatre frères et sœurs, bien portants également et qui n'auraient pas eu d'antécédents strumeux, ni gourmes, ni ophthalmie, ni adénite.

Elle-même n'a pas eu dans son enfance d'accidents strumeux. A l'âge de 13 ans, douleurs dans la hanche, claudication, début lent, douleur qui s'est accentuée et qui a obligé la malade à garder le lit.

Quelques mois après, la cuisse était extrêmement volumineuse au niveau de sa racine et le siège de douleurs spontanées violentes ; puis ouverture d'un abcès à la face antérieure de la cuisse, à 10 cen-

timètres au-dessous de l'arcade crurale en dehors des vaisseaux fémoraux ; puis ouverture en dessous et en dehors d'un deuxième et d'un troisième abcès. Suppuration prolongée pendant longtemps.

Cette affection, à cette époque, l'a tenue 2 ans et demi au lit. Pendant ce temps, alors que ces abcès étaient déjà ouverts, elle a eu une fièvre typhoïde qui a duré trois mois.

Elle fut envoyée, avec des béquilles pendant deux ans à Bourbonne ; enfin depuis deux ans, elle marche sans béquilles, ni bâton, mais elle boîte un peu.

Jamais elle n'a souffert en marchant depuis l'ouverture de ces abcès.

Bien réglée et guérie avec ankylose depuis cette époque.

Il y a treize mois, elle vint à Paris, enceinte, et accoucha normalement le 10 mai 1882, sans forceps, ni travail difficile. Depuis elle a allaité son enfant et avait beaucoup de lait.

Il y a un mois et demi, nouvelle ouverture d'un abcès peu volumineux sur l'ancienne cicatrice.

Il y a quinze jours, après avoir pris froid, la région trochantérienne est devenue gonflée et douloureuse.

Depuis cette époque, elle ne mange plus, elle a des nausées, diarrhée de temps en temps.

Urines non albumineuses.

Etat actuel. — La jambe droite est plus courte que la gauche d'environ trois centimètres et un peu atrophiée (raccourcissement réel). Elle est dans une situation normale et rectiligne.

La hanche est considérablement déformée, il existe une forte saillie en dehors du grand trochanter, remontant jusqu'à la crête iliaque.

Toute la région coxo-fémorale est un peu saillante et le pli de l'aîne effacé. Quelques veines bleuâtres recouvrent cette région.

Un peu en dehors de l'axe de la cuisse environ à cinq ou six centimètres, on trouve une ulcération arrondie à bords décollés, à fond blafard, sans bourgeons volumineux. Au centre de cette ulcération sourd du pus.

À la palpation, on sent un empâtement du pli de l'aîne ; mais dans

la région trochantérienne, on trouve une fluctuation manifeste, allant de la crête iliaque au bord inférieur du grand trochanter. En le pressant on fait sourdre très peu de pus par la fistule.

Elle semble communiquer par un orifice très étroit.

Le pus est séreux et granuleux.

La palpation est douloureuse au niveau de l'abcès et au niveau de l'articulation en arrière ; au contraire en avant pas de douleurs.

L'articulation de la hanche est complètement immobilisée, les mouvements qu'on imprime à la cuisse ne sont pas douloureux, ils se passent dans les articulations du bassin et de la colonne lombaire.

La marche est douloureuse.

En appuyant ou en frappant sur le talon, on ne provoque aucune douleur dans la hanche.

Rien du côté de la colonne vertébrale.

M. le professeur Verneuil diagnostique une coxalgie suppurée et guérie avec poussée nouvelle d'ostéite sous l'influence de l'accouchement.

L'état général est assez bon, bien que la malade soit pâle et amaigrie.

Les poumons sont sains.

Le foie n'est pas volumineux.

Les digestions sont difficiles, depuis quelques jours, il y a une diarrhée assez abondante qui a cessé hier.

Les urines ne sont pas albumineuses. Pas de lactosurie. Les seins sont gonflés et laissent écouler un peu de lait. L'enfant a été sevré il y a quatre jours.

Pansement phéniqué. Immobilité au lit.

Quatre cuillerées d'huile de foie de morue ; 250 grammes de viande crue.

La malade réclame sa sortie après un séjour de deux semaines dans le service.

En résumé. — L'influence de la grossesse nous paraît indiscutable dans ce cas. La coxalgie était guérie depuis

plusieurs années, quand l'accouchement a rappelé les accidents des premiers jours. La récidive a présenté ici des phénomènes aigus, qui dépassaient de beaucoup ceux de l'affection primitive.

OBSERVATION VI (personnelle).

Service de M. le professeur agrégé Nicaise, hôpital Laënnec.
Strume dans l'enfance. Accouchement. Ostéo-arthrite sacro-iliaque. Mort.
Autopsie communiquée par l'externe Marthe.

X..., Joséphine, âgée de 17 ans, entre à l'hôpital le 3 juillet 1883.
Mère morte phthisique.

Antécédents de la malade. — Ophthalmie après sa naissance, gourmes, réglée à 11 ans. Toujours très bonne santé. Enceinte à 16 ans. Grossesse normale. Accouchement à terme au mois de mars, l'enfant est mort du muguet au bout de dix-sept jours.

Au mois de janvier, alors qu'elle était enceinte, elle ressentit quelques douleurs dans la hanche droite, qui ont forcé la malade à boiter. Ces douleurs devenaient plus vives par la station debout, la fatigue, elles étaient continues avec exacerbation et s'étendaient dans toute la cuisse; aussi le médecin en ville la traita-t-il pour une sciatique. Les douleurs augmentèrent, et après son accouchement, la marche devint plus difficile; la malade s'aperçut au mois d'avril qu'elle avait une tumeur de la grosseur d'une orange à la partie postérieure de la fesse en avant du sacrum. Pendant ce temps, l'état général qui, jusqu'alors avait été bon, changea peu à peu: amaigrissement, perte d'appétit, sueurs la nuit, cependant pas de toux, pas d'hémoptysie. Elle resta dans cet état six semaines chez elle. La marche était devenue impossible par suite de douleurs qui s'irradiaient jusque dans la cuisse et le genou. Bientôt le genou droit devint douloureux, la jambe se fléchit sur la cuisse. Elle entre (5 mai), à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Richet, qui incise la tumeur de la fesse et y passe un drain. Elle nous déclare qu'elle sortit de ce service dans un état amélioré.

Etat actuel. — La malade est très pâle et dans un état de sueurs profuses, elle est excessivement maigre et n'a pas d'appétit ; elle ne peut plus marcher ni se coucher que sur le côté gauche, le décubitus dorsal ou latéral droit est très douloureux ; la peau, à la palpation, est chaude et douloureuse dans toute l'étendue de la fesse droite, cuisse et genou ; les mouvements qu'on imprime à la cuisse sont douloureux et presque impossibles ; il y a des troubles circulatoires. Au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite, la malade présente deux fistules qui laissent couler un pus fétide ; le stylet introduit n'arrive pas jusqu'à l'os ; une troisième fistule se voit au-dessus de l'arcade crurale droite ; en introduisant le stylet, on arrive jusqu'à l'os iliaque.

Par l'auscultation nous trouvons tous les signes d'une tuberculose.

La malade meurt le 15 juillet.

Autopsie. — Les poumons sont infiltrés de granulations tuberculeuses grises ; le poumon droit présente une caverne grosse comme un œuf. Foie volumineux (1,600 grammes), gras, granulation tuberculeuse sur la capsule.

Ostéite sur la face interne de l'os iliaque située près du bord supérieur qui s'étend sur le bord postérieur, ainsi que sur le sacrum. L'articulation sacro-iliaque est détruite, plus de cartilage inter-articulaire. Au centre de l'ostéite, se trouve un séquestre de la grosseur d'une noisette, qui va d'une face de l'os iliaque à l'autre. Le sacrum présente une destruction de l'os, au niveau de l'articulation ; de plus, le reste du sacrum est le siège d'une ostéite commençante qui descend jusqu'au coccyx. L'articulation coxo-fémorale présente, au fond de la cavité cotyloïde, quelques points d'ostéite ; rien du côté de la tête du fémur.

En résumé. — Voici une femme strumeuse, qui jusqu'à sa grossesse se portait assez bien. Pendant la gestation, elle est prise d'une ostéo-arthrite sacro-iliaque, elle succombe six mois après par l'évolution de ces lésions et une tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION VII (In Thèse de Nony, 1874, Paris).

Ostéite épiphysaire. Poussée aiguë à chaque grossesse.

Au n° 30 de la salle Saint-Augustin, est couchée une femme de 25 ans ; ses parents sont encore vivants ; elle a toujours habité la campagne et dit s'être toujours très bien portée. Cependant, elle raconte qu'étant tout enfant, elle a eu des tuméfactions ganglionnaires autour de la mâchoire inférieure.

A l'âge de onze ans, en jouant avec ses amies sur la glace elle est tombée sur le genou gauche, a ressenti une légère douleur, mais elle n'en a pas moins continué à jouer. Trois mois environ après cet accident, la malade étant à travailler, s'aperçut que son genou devenait gros et douloureux.

Elle ne put marcher, se mit au lit où elle resta quatre mois environ. Peu à peu, la douleur diminua, enfin elle se leva et put marcher avec des béquilles. La jambe n'était pas enflée, mais elle resta raide encore longtemps.

A 17 ans, elle eut une première grossesse vers la fin de laquelle elle vit survenir un gonflement articulaire au genou et une inflammation de l'extrémité du fémur. Elle accouche à terme et sans difficulté. Cette inflammation articulaire disparut assez vite et la jambe revient comme auparavant.

A 20 ans, nouvelle grossesse, nouvelle poussée inflammatoire dans l'articulation ; mais cette fois il se forma au côté interne du genou deux grosseurs qui percèrent et laissèrent, au dire de la malade, écouler un liquide sanguinolent mais limpide. Le fémur était gros et douloureux.

Peu à peu tout revient, mais, dit la malade, plus lentement que la première fois.

Enfin, à 23 ans $1/2$, elle devint enceinte pour la troisième fois. Après l'accouchement, le genou prend des proportions anormales, le fémur est douloureux et plus gros que celui de l'autre côté.

La malade rentre à l'hôpital de la Pitié, le 18 août 1874, près d'un an après son accouchement, mais cette fois, le genou au lieu de diminuer rapidement comme les deux autres fois, est resté enflé, le fémur est hypertrophié et douloureux, la marche est impossible. Il y avait au côté externe de la cuisse gauche une tumeur de la grosseur du poing qui augmentait toujours et était douloureuse, la peau était tendue, violacée ; mais cependant, le pus était encore profondément situé. M. Nicaise, qui remplaçait M. Verneuil, fit une application de pâte de Vienne, puis pratiqua une incision sur l'eschare. La collection purulente ainsi ouverte, il s'en écoula du pus sanguinolent en assez grande quantité. Pour faciliter l'écoulement du pus, on a passé un drain. On a constaté une nécrose du fémur, et la pauvre malade est encore à l'hôpital, et il lui reste des trajets fistuleux. Son genou est encore le siège d'une hydarthrose.

Ainsi chez cette femme, sous l'influence de la grossesse, nous voyons survenir, et cela par trois fois, des phénomènes d'inflammation dans un point ou pendant la grossesse, elle a eu une ostéite épiphysaire. Cette coïncidence d'un retour à chaque grossesse, montre suffisamment, je crois, que le retour de l'inflammation est bien sous la dépendance de la suractivité nutritive qui accompagne normalement l'état de gestation.

Chez un sujet ne portant aucune tare organique, aucun point faible, cette aptitude pathologique peut rester à l'état latent et n'avoir aucune conséquence fâcheuse. Mais que la nouvelle accouchée, comme dans cet exemple, ait eu une ostéite épiphysaire, dont le pronostic doit toujours être réservé à cause des récidives qu'on observe fréquemment ; il faut se tenir en garde, surveiller de près le lieu de l'ancienne lésion.

Il faudra de plus, avertir sa malade qu'elle a des chan-

ces pour que, à toute nouvelle grossesse, elle voit survenir de nouvelles poussées inflammatoires, qui toujours iront en augmentant de gravité.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Service de M. le professeur Verneuil, à l'hôpital de la Pitié. Strume. —
Accouchement. Mal de Pott.

X., âgée de 32 ans, de profession ménagère, entre à l'hôpital le 15 mai 1883, salle Lisfranc n° 18.

Père mort du choléra, s'était toujours bien porté.

Mère, 58 ans, pas de douleurs, ne tousse pas.

Un frère, mort à 16 ans de la poitrine.

Un autre frère bien portant, ne tousse pas.

Deux sœurs bien portantes.

Antécédents de la malade. Pas de douleurs articulaires ; pas de migraines ; pas de gourmes, ni adénites sous-maxillaires, ni écoulement d'oreilles, ni maux d'yeux. Ne toussait pas.

Depuis un an et demi seulement, toux sèche, pas de crachements de sang.

Réglée à 16 ans. Toujours bien réglée jusqu'à la maladie actuelle.

Mariée à 22 ans. Un premier enfant (une fille) à 26 ans. Grossesse et couches normales. Un second à 28 ans, grossesse sans accidents, mais à partir du cinquième mois la malade ressentit de violentes douleurs dans la région lombaire, qui allèrent en croissant jusqu'à la fin de l'accouchement qui fut normal.

Son second enfant à l'âge de six mois, ayant été confié à une nourrice, prit la syphilis et la mère l'ayant retiré et nourri de nouveau au sein, contracta elle-même l'affection vénérienne. L'enfant la mordit deux fois au sein gauche et une fois au sein droit (chancre du sein).

Au mois de décembre (l'accident ayant eu lieu au mois d'août (1879) survint l'angine qui disparut au bout de quinze jours et ne

s'est pas reproduite depuis. En même temps, taches rouges sur le cou et la partie supérieure de l'abdomen qui se généralisèrent. Aux organes génitaux, deux boutons qui disparurent vite. L'année suivante, la malade perdit un peu ses cheveux.

Depuis sa dernière grossesse, la malade avait continué à souffrir dans les reins.

Il y a vingt mois, apparut dans la région lombaire une petite tumeur molle, peu douloureuse, qui s'accompagna d'engourdissement et de fourmillement dans la jambe droite.

La tumeur ayant grossi peu à peu, la malade entra pour la première fois dans le service au mois d'avril 1882 ; l'abcès était alors gros comme le poing, peu douloureux.

On l'ouvrit et il se reproduisit trois fois.

Le 28 mai. — La malade sort de l'hôpital, mais la suppuration existait toujours.

Elle reprit son travail et continua à marcher jusqu'à l'époque de sa seconde entrée. La tumeur grossissait peu à peu, mais sans entraîner de douleurs notables, sauf un engourdissement des deux membres inférieurs qui alla en augmentant et rendit enfin la marche complètement impossible. C'est alors que la malade rentre pour la seconde fois le 15 mai.

Nous constatons alors une tuméfaction du volume du poing occupant la région lombo-iliaque droite.

La peau n'a pas changé de couleur, la tumeur est fluctuante et paraît sous-cutanée. Il existe un point douloureux au niveau des apophyses transverses des vertèbres lombaires. L'abcès est peu douloureux, mais tout mouvement imprimé à la colonne vertébrale provoque des douleurs si bien que la malade ne peut ni se baisser ni marcher.

Le 28 mai. — M. le professeur Verneuil diagnostique un abcès froid et fend largement la poche. Il tombe sur une collection de liquide grumeleux, puis M. Verneuil pratique le grattage de la paroi. Le tout s'effectue facilement et la malade est pansée à l'iodoforme.

L'état général était peu brillant à l'entrée de la malade, mais les viscères étaient sains, sauf un peu d'expiration prolongée au sommet droit.

Depuis cette époque, les lésions pulmonaires se sont accentuées et aujourd'hui 20 juillet, existent des craquements humides aux deux sommets.

En résumé. — Une femme qui jusqu'alors était bien portante, voit se développer, pendant sa grossesse, un abcès froid lombaire. Après son accouchement, elle prend la syphilis. Ces lésions marchent alors rapidement et se généralisent.

OBSERVATION IX (personnelle).

Service de M. Polaillon à l'hôpital de la Pitié.

Tumeur blanche du genou gauche.

X... Caroline, âgée de 30 ans, de profession blanchisseuse, entre à l'hôpital le 16 juillet, salle Gerdy, n° 6.

Père mort à 50 ans par un accident de voiture.

Mère morte à 55 ans d'une pneumonie en huit jours.

Trois frères.

1° Frère âgé de 35 ans, très robuste, rien du côté des poumons.

2° Frère âgé de 28 ans et le troisième âgé de 16 ans, se portent très bien.

Deux sœurs, une âgée de 40 ans, très bien portante, et l'autre mort-née.

Antécédents de la malade. — Pas de gourmes, pas de conjonctivites, pas de croûtes dans le nez, pas d'écoulement d'oreilles, ni scarlatine, ni variole, ni fièvre typhoïde.

A 10 ans, plusieurs abcès scrofuleux, joue gauche, tempe gauche et cou.

Réglée à 17 ans, règles régulières, ni coliques, ni migraines, pas de pertes blanches.

Mariée à 25 ans, pendant les quatre premières années de mariage, elle n'a eu ni fausse couche, ni enfant.

A 30 ans, cette femme a eu une petite fille, l'enfant est très bien constituée, très précoce, pour la dentition et pour la marche ; nourrie par la mère, elle a été sevrée à onze mois.

La grossesse n'a présenté aucun accident, et cette femme a pu continuer son état de blanchisseuse pendant tout le temps de la gestation, sans la moindre indisposition. Accouchement très facile ; les douleurs n'ont duré qu'une heure ; la mère allaite son enfant et quinze jours après l'accouchement, elle éprouve des douleurs dans le genou gauche ; à ce moment le genou enfle, sans changement de coloration de la peau ; mouvements de flexion et d'extension possibles ; marche très douloureuse.

Traitement. — Badigeonnage iodé. — Compression ouatée.

Deux mois après l'accouchement, vésicatoires. Compression ouatée. Repos au lit. Après 5 semaines de ce traitement, amélioration considérable du genou ; la malade se lève et peut se remettre au travail, mais elle est incapable de continuer son état de blanchisseuse.

Au mois de novembre 1882, nouvelle poussée au genou. Articulation devenue plus enflée que la première fois. Douleurs très violentes pendant 4 mois ; marche et station debout impossibles.

Pendant toute la maladie, la mère continue l'allaitement de son enfant qui ne fut sevré qu'à 11 mois.

Depuis le mois de novembre 82, jusqu'à l'époque actuelle de juillet 1883, la malade n'a pas quitté la chambre, elle se levait 1 ou 2 heures pour faire son ménage et était obligée de se recoucher pour le reste de la journée.

Le 16 juillet 1883, elle entre à l'hôpital ; elle présente l'état suivant :

Femme amaigrie. Taille élevée. Cheveux assez abondants, pommettes saillantes. Sur la joue gauche, cicatrice scrofuleuse s'étendant jusqu'à l'oreille. Autre cicatrice scrofuleuse sur la tempe gauche et sur le cou.

Membres très maigres. Ongles hypocratiques.

Creux sus et sous-claviculaires très prononcés.

Bon appétit, digestion facile, n'est pas sujette à la diarrhée.

Sommeil troublé considérablement par les douleurs, mais depuis un mois il est moins troublé.

État actuel du genou. — L'articulation a le volume d'une tête de fœtus et contraste avec l'amaigrissement de la cuisse et de la jambe. La jambe est demi fléchie. Les culs de sac de la synoviale sont remplis de fongosités molasses.

L'impotence fonctionnelle est complète.

Il n'y a pas de menace d'abcès.

En résumé, il s'agit d'une scrofuleuse qui jusqu'à l'âge de 30 ans n'a présenté que des symptômes peu accusés de strume. Elle se marie à cet âge, elle accouche et allaite son enfant, et quinze jours après les douleurs éclatent des accidents de tumeur blanche.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

- Anatomie.* — Structure et développement des os.
Physiologie. — Fonctions du foie.
Physique. — De l'électricité.
Chimie. — Les eaux ferrugineuses.
Histoire naturelle. — De l'opium.
Pathologie externe. — Polype muqueux des fosses nasales.
Pathologie interne. — Des complications de la scarlatine.
Pathologie générale. — Des constitutions médicales.
Médecine opératoire. — Des différents procédés de réduction des luxations de l'épaule.
Pharmacologie. — Des cataplasmes et des sinapismes.
Thérapeutique. — De la digitale.
Hygiène. — Des bains et de l'air atmosphérique.
Médecine légale. — Empoisonnement par l'arsenic.
Accouchements. — Des bassins viciés.
-

Vu par le Président de la thèse,

VERNEUIL.

Vu et permis d'imprimer,

LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

GRÉARD.

